Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2015–2016

29 689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 663 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 oktober 2015

Op 23 september 2015 heb we met de Tweede Kamer in een Algemeen Overleg (AO) gesproken over de risicoverevening. Tijdens het AO heb ik toegezegd een overzicht te sturen van de macrovereveningsresultaten over de jaren 2012, 2013 en 2014, uitgesplitst per zorgonderdeel. Ik heb tevens toegezegd om in te gaan op beleggingsopbrengsten van zorgverzekeraars. Met deze brief geef ik navolging aan deze toezeggingen.

Samenvatting

De hoofdlijn van deze brief is als volgt:
- De afgelopen drie jaar is er een per saldo positief vereveningsresultaat behaald van € 1,4 mld. in 2012, € 1,7 mld. in 2013 en € 2,5 mld. in 2014. Dit positieve resultaat is te verklaren doordat de gerealiseerde zorgkosten in deze jaren lager blijken te zijn dan oorspronkelijk geraamd.
- Het verschil tussen raming en realisatie wijst er op dat de verzekeraars onder andere via het preferentiebeleid geneesmiddelen hun rol als scherpe inkopers hebben opgepakt.
- Zorgverzekeraars hebben vanaf 2013 een belangrijk deel van de gerealiseerde resultaten aan verzekerden teruggegeven via een lagere nominale premie. Het werkelijke resultaat van zorgverzekeraars komt daarmee uit op € 2,5 mld. in 2012, € 1,2 mld. in 2013 en € 0,9 mld. in 2014.
- De beleggingsopbrengsten van zorgverzekeraars komen de laatste jaren uit rond de € 0,4 mld.

Vereveningsresultaten risicoverevening

De ex-ante berekende vereveningsbijdrage kent per definitie een neutraal vereveningsresultaat. Immers, de ex-ante vereveningsbijdrage wordt berekend op basis van de verwachte kosten conform de VWS-begroting. De werkelijke kosten die zorgverzekeraars maken, kunnen echter afwijken

kst-29689-663
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

van deze raming. Wanneer de werkelijke kosten lager zijn dan de verwachte kosten zoals gebruikt bij het berekenen van de ex-ante vereveningsbijdrage, leidt dit tot een positief vereveningsresultaat.

De meest recente cijfers van het Zorginstituut laten zien dat de afgelopen drie jaar een per saldo positief vereveningsresultaat is behaald van € 1,4 mld. in 2012, € 1,7 mld. in 2013 en € 2,5 mld. in 2014. Dit betekent dat de gerealiseerde kosten in deze jaren lager blijken te zijn dan oorspronkelijk geraamd.

Deze resultaten wijken af van die genoemd staan in mijn brief van 6 mei 2015 (Kamerstuk 32 620, nr. 154) omdat voor 2012 bijgestelde kostencijfers bekend zijn (de tweede voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage) en verder in de huidige cijfers ook de resultaten op het eigen risico verwerkt zijn.

De volgende zorgkosten kunnen in de risicoverevening worden onderscheiden: medisch-specialistische zorg, GGZ (18+) en overige prestaties. Voor de niet-risicodragende, zogenoemde vaste zorgkosten, geldt per definitie een resultaat gelijk aan nul omdat deze kosten volledig worden nagecalculeerd.

Tabel 1: Vereveningsresultaat (bedragen in mld. euro)

Zorgkosten	2012		2013		2014	
Medisch-specialistische zorg	0,4	30%	– 0,2	– 10%	1,1	39%
GGZ (18+)	0,1	7%	0,4	20%	0,4	16%
Overige prestaties	0,9	63%	1,6	91%	1,2	45%
Totaal	1,5	100%	1,8	100%	2,8	100%
Eigen risico	– 0,1		– 0,1		– 0,3	
Totaal incl. eigen risico	1,4		1,7		2,5	

Bron: Zorginstituut Nederland

Het positieve resultaat heeft grotendeels betrekking op de kosten van overige prestaties, in het bijzonder farmacie. Een verklaring hiervoor is het door de zorgverzekeraars gehanteerde preferentiebeleid. De resultaten voor medisch-specialistische zorg zijn wisselend met een onderschrijding in 2012 en 2014 en een overschrijding in 2013. Voor de GGZ geldt in alle jaren een onderschrijding, uiteenlopend van € 0,1 mld. in 2012 tot € 0,4 mld. in 2014.

Anders gezegd: de verzekeraars hebben onder andere via het preferentiebeleid hun rol gepakt als scherpe inkopers. Aangezien elke verzekeraar het beter wil doen dan gemiddeld, zorgen ze er samen voor dat de totale zorgkosten lager zijn dan geraamd.

De vereveningsresultaten worden ook beïnvloed door de resultaten op het eigen risico omdat de verwachte opbrengst van het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht op de vereveningsbijdrage. In de jaren 2012–2014 was de opbrengst van het verplicht eigen risico volgens de opgave van verzekeraars lager dan geraamd, hetgeen in lijn is met de lager dan geraamde zorgkosten voor met name overige prestaties. Hierdoor wordt het positief vereveningsresultaat enigszins gedrukt.

Resultaten zorgverzekeraars

De resultaten van de risicoverevening kunnen niet één op één doorvertaald worden naar resultaten van zorgverzekeraars. Dit wordt hieronder nader toegelicht.

Bij de vereveningsresultaten wordt uitsluitend gekeken naar de zorguitgaven van verzekeraars en wordt uitgegaan van een rekenpremie. De rekenpremie is de premie waarmee zorgverzekeraars naast de vereveningsbijdrage de verwachte zorgkosten kunnen financieren. De rekenpremie wordt door de overheid bepaald. Zorgverzekeraars zetten echter niet een rekenpremie maar een nominale premie in de markt. De nominale premie wordt vastgesteld op basis van de rekenpremie en een door verzekeraars zelf bepaalde opslagpremie. Uit de opslagpremie dekken verzekeraars zaken zoals beheerskosten en toevoegingen aan de reserves om aan de wettelijke vereisten te voldoen. In de opslagpremie verdisconteren zorgverzekeraars ook hun eigen verwachte zorgkosten, dus de eigen afwijking van het gemiddelde. Als zorgverzekeraars verwachten dat de zorgkosten lager zullen uitvallen dat de raming van de overheid dan heeft dit een drukkend effect op de opslagpremie.

Tabel 2 geeft aan dat verzekeraars na 2012 bij hun premiestelling gemiddeld van een steeds lagere opslagpremie zijn uitgegaan. De lagere opslagpremie in 2013 en 2014 is niet voldoende om de gemiddelde beheerskosten per premiebetalende verzekerde te dekken. In 2014 hebben de zorgverzekeraars de opslagpremie zelfs negatief vastgesteld. Dit heeft een drukkend effect op het totaal resultaat van zorgverzekeraars. Dit betekent dat zorgverzekeraars in 2013 en 2014 via de nominale premie (door een lage vaststelling van de opslagpremie) een belangrijk deel van de vereveningsresultaten aan verzekerden hebben teruggegeven. Naar verwachting zal dit effect zich ook in 2015 voordoen omdat zorgverzekeraars in 2015 van een negatieve opslagpremie van 38 euro per premiebetalende verzekerde zijn uitgegaan.

Tabel 2: Resultaat zorgverzekeraars (per premiebetalende verzekerde)

	2012	2013	2014
Vereveningsresultaat zorgkosten	104	126	184
Beheerskosten	– 89	– 91	– 92
Opslagpremie	176	59	– 23
Resultaat zorgverzekeraars	191	84	69

Bron: Zorginstituut (vereveningsresultaten), Vektis jaarcijfers (beheerskosten 2012 en 2013), publieksvriendelijke premieoverzichten zorgverzekeraars (beheerskosten 2014) en VWS begroting 2016 (opslagpremies).

Het op deze wijze berekende resultaat van zorgverzekeraars komt daarmee op macroniveau uit op € 2,5 mld. in 2012, € 1,2 mld. in 2013 en € 0,9 mld. in 2014.

De beleggingsopbrengsten van zorgverzekeraars komen de laatste jaren uit rond de € 0,4 mld. In onderstaande tabel wordt het resultaat van zorgverzekeraars inclusief deze beleggingsopbrengsten weergegeven.

Tabel 3: Resultaat incl. beleggingsopbrengsten (bedragen in mld. euro)

	2012	2013	2014
Vereveningsresultaat incl. eigen risico	1,4	1,7	2,5
Opslagpremie minus beheerskosten	1,1	– 0,5	– 1,6
Resultaat zorgverzekeraars	2,5	1,2	0,9
Beleggingsopbrengsten	0,4	0,3	0,4
Resultaat incl. beleggingsopbrengsten	2,9	1,5	1,3

Bron: Vektis jaarcijfers (beleggingsopbrengsten)

De resultaten zoals hier gepresenteerd hebben, in afwijking tot resultaten in jaarrekeningen en in de publieksvriendelijke transparantieoverzichten, uitsluitend betrekking op het betreffende schadejaar. Hierbij geldt dat het vereveningsresultaat over een schadejaar (door een bijstelling van de kostenraming) nog in latere kalenderjaren kan wijzigen. Zo geldt voor 2012 dat het vereveningsresultaat over 2012 dit jaar door het Zorginstituut is bijgesteld van € 0,7 mld. naar € 1,4 mld. Voor schadejaar 2012 geldt inmiddels vrijwel alle schade door verzekeraars is verwerkt. Voor de schadejaren 2013 en 2014 is dat nog niet het geval en kunnen de vereveningsresultaten door mee-, tegenvallers in de kosten zich nog wijzigen.

In het AO van 23 september 2015 is gesproken over de resultaten conform de publieksvriendelijke transparantieoverzichten. Deze resultaten hebben betrekking op een verwachting voor 2014 en de gerealiseerde mee- en tegenvallers betreffende de kosten in voorliggende schadejaren.
Voor een deel van de in deze brief gepresenteerde resultaten geldt dan ook dat deze de komende jaren nog zullen doorwerken in de resultaten conform de jaarrekeningen en de publieksvriendelijke transparantieoverzichten.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers